



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

Facultad de Psicología

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Revisión bibliográfica: Agresión en adolescentes.
Factores familiares, apego y terapia familiar**

Curso 2019/2020

Tutor: José Navarro Góngora

Alumno: Rubén Sánchez Jiménez
70832809P

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo *Agresión en adolescentes. Factores familiares, apego y terapia familiar* para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2019/2020 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

ÍNDICE

1: Resumen y palabras clave.....	4
2: Introducción.....	5
3: Metodología.....	6
4: Factores familiares relacionados con la agresión.....	7
A: Conflicto padres-adolescente.....	8
B: Calidad del matrimonio.....	9
C: Salud mental en padres e hijos.....	10
D: Apego.....	12
5: Terapia familiar y adolescentes agresivos.....	14
A: Terapia Familiar Basada en el Apego (ABFT).....	14
B: Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT).....	18
C: Terapia Familiar Multidimensional (MDFT).....	20
D: Terapia Multisistémica (MST).....	23
6: Conclusiones.....	25
7: Referencias.....	27

RESUMEN

La adolescencia es un periodo del desarrollo sensible a la psicopatología. Los adolescentes agresivos son el resultado de un desarrollo maladaptativo y de múltiples influencias contextuales. Suponen un problema social, ya que si no son tratados pueden derivar a trastornos de la conducta más severos y a delincuencia. El objetivo de este estudio fue detectar aquellos factores de riesgo familiares más importantes en su desarrollo, y revisar diferentes modelos de intervención para observar sus concordancias, con el objetivo de establecer bases para el desarrollo de futuros modelos de intervención. Dentro de los factores de riesgo más determinantes de la conducta agresiva se encuentran el conflicto familiar, la calidad del matrimonio, problemas de salud mental en los miembros de la familia y el apego inseguro. Se revisarán 4 modelos de terapia familiar, su eficacia en adolescentes agresivos y con problemas de conducta, y se identificarán los factores comunes: Terapia Familiar Basada en el Apego, Terapia Familiar Estratégica Breve, Terapia Familiar Multidimensional y Terapia Multisistémica. Los modelos concuerdan en la importancia de la alianza terapéutica, en la naturaleza comórbida de los trastornos de conducta, en la importancia de la capacidad creativa del terapeuta en la adaptación del tratamiento, de la experiencia correctiva como mecanismo de cambio y del papel implícito del apego.

PALABRAS CLAVE: Family therapy, aggression, adolescent, family predictors, interventions

INTRODUCCIÓN

Es conocido que la adolescencia es un periodo crítico en el proceso de desarrollo humano. Esta etapa transcurre normalmente entre los 14 y 18 años, y es concebida como una fase de transición múltiple. Son muchos los cambios que suceden en esta etapa, como la transformación del propio cuerpo debido a la pubertad, la transición académica de educación primaria a secundaria, la transición legal en la que se empieza a asumir el concepto de legalidad, y la transición de la personalidad; además de una transición relacional, en la que los padres pasan a un segundo plano, tomando más importancia el grupo de iguales (Marcus, 2007).

La conjunción de todos estos cambios en un periodo relativamente corto de tiempo genera un momento crítico en el que el adolescente debe gestionar sus problemas o inquietudes. Son 3 los principales problemas derivados de esta transición que Arnett (1999) destaca: La tendencia a desafiar a los padres y a la autoridad (en su búsqueda por una mayor autonomía e independencia), los problemas de estado de ánimo (volatilidad emocional, mayor intensidad de la experiencia emocional, en parte explicado por los cambios hormonales de la pubertad), y la participación en conductas de riesgo (como la ingesta de alcohol o drogas, participar en peleas o practicar relaciones sexuales sin protección). Ciertamente que no todos los adolescentes viven la adolescencia de manera negativa, los problemas señalados no son universales, algunos pueden experimentarlos con menor intensidad o en menor número, pero una mala gestión de esta etapa puede resultar en serios trastornos (Wolman & Stricker, 1982).

Este gran repertorio de problemas y cambios requiere una maduración cognitiva. El adolescente que ha alcanzado dicha madurez, será capaz de ajustarse a las circunstancias que está viviendo y lograr la transición a la adultez de manera satisfactoria, sin embargo con un desarrollo cognitivo problemático, el adolescente no podrá responder a las demandas del entorno y propias, lo que lleva a generar una gran frustración y un aumento de la agresividad (Marcus, 2007).

La alta prevalencia de adolescentes agresivos es un problema social del cual la psicología ha tratado de resolver mediante diferentes tipos de terapias. Es común encontrar casos de bullying hoy en día en los centros de educación secundaria, casos de familias en conflicto con sus hijos agresivos que acaban emancipándose o siendo internados en centros de menores, ya sea por incapacidad de los padres o como

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

consecuencia de actos criminales. Si no se tratan aquellos aspectos personales o familiares que contribuyen a manifestar la agresividad, esos adolescentes tendrán problemas una vez sean adultos, ya que los problemas de agresividad en la adolescencia pronostican adultos delincuentes o con trastornos de diverso tipo como el trastorno de personalidad antisocial, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

La terapia familiar ha sido demostrada como uno de los tipos de terapia más efectivos para este tipo de casos. En las edades tempranas del desarrollo psicológico, la familia es la principal fuente de socialización; aquellas prácticas que desequilibren el sistema familiar y que pongan en riesgo el desarrollo adaptativo del hijo deben ser tratadas para evitar el mal pronóstico de los adolescentes agresivos. En este trabajo se revisarán los factores principales que originan y mantienen el comportamiento agresivo en los adolescentes, en específico factores contextuales en la familia y el papel del apego. Además se revisarán diferentes ramas de la terapia familiar, sus aportaciones al campo y las concordancias de sus modelos a la hora de abordar estos casos, lo cual puede ser útil en un futuro para desarrollar o adaptar nuevas intervenciones. Principalmente trataremos los modelos de Terapia Familiar Estratégica Breve, Terapia Familiar Multidimensional, Terapia Multisistémica y Terapia Familiar Basada en el Apego.

METODOLOGÍA

MATERIALES

En este trabajo se revisaron 2 manuales de intervención, 7 libros y 33 artículos de revistas científicas. Todas estas referencias figuran en el apartado de Bibliografía

PROCEDIMIENTO

La búsqueda bibliográfica se realizó mayoritariamente con las bases de datos CSIC, PSYCINFO, SCIELO, MEDLINE y GOOGLE ACADÉMICO. Los factores familiares se buscaron con los indicadores Family predictors AND Agresion AND Adolescent. Como criterios de inclusión se establecieron: 1: Que se trataran factores básicos del funcionamiento familiar y su relación con agresión o trastornos de la conducta, 2: Que el idioma fuese español o inglés. Como criterios de exclusión se establecieron: 1: Que trataran únicamente condiciones socioeconómicas, 2: Que trataran únicamente aspectos individuales, 3: Que el idioma fuese diferente a español e inglés.

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

Tras esa primera búsqueda se establecieron los factores principales del trabajo y se profundizó en ellos accediendo a las citas de los propios artículos y mediante otra búsqueda: Family conflict AND Aggression, Marital quality AND Aggression, Mental health AND Aggression AND Family, Attachment AND Aggression.

A la hora de escoger los modelos de intervención, se hizo una búsqueda de los manuales, libros y artículos complementarios mediante sus títulos en las bases de datos y en el buscador de la biblioteca de la USAL: Attachment Based Family Therapy, Brief Strategic Family Therapy, Multidimensional Family Therapy, Multisystemic Therapy. Los artículos complementarios usados para apoyar la evidencia empírica se buscaron con el nombre de cada terapia acompañado del indicador: AND Aggression.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La bibliografía principalmente se dividió en dos dominios, el de Factores familiares del adolescente agresivo y en el de Intervención. En el primero se agruparon los recursos de la primera búsqueda citada en el apartado anterior. Tras una lectura de estos, se procedió a la redacción de los principales hallazgos.

El segundo dominio comprendió los 4 grandes modelos de intervención sugeridos en el manual de Valentín Escudero (Escudero, 2011). Seguidamente se realizó la segunda búsqueda bibliográfica en la que se recogieron varios artículos, capítulos de libro y manuales sobre los modelos: Terapia Familiar Estratégica Breve, Terapia Familiar Multidimensional, Terapia Multisistémica y Terapia Familiar Basada en el Apego. Además se integró información de los conocimientos de la asignatura Terapia Familiar y de Pareja.

Una vez hecha la clasificación se procedió a la lectura de la bibliografía y se procedió a la realización del trabajo.

FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON LA AGRESIÓN

La terapia familiar se enfoca en el contexto psicosocial en el que vive el adolescente, y sostiene que aquellos síntomas que pueda presentar el paciente se deben a una desestabilización en el sistema familiar. La desestabilización se traduce en patrones de interacción tóxicos entre los miembros que conforman ese sistema, patrones que generan, mantienen y son producto del desequilibrio de la jerarquía del sistema. Es

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

importante que seamos capaces de detectar aquellas interacciones o aquellos problemas que tengan los miembros de la familia que puedan llegar a afectar al adolescente de manera negativa; con el fin de poder cambiar dichos patrones y lograr la estabilidad.

La evidencia científica ha relacionado un mal funcionamiento familiar con problemas de conducta (entre ellos la agresión), emocionales y cognitivos. Hay estudios que demuestran que un buen funcionamiento familiar (cohesión, ausencia de conflictos recurrentes, sentimientos de seguridad y apoyo...) puede mitigar los efectos de diferentes factores de riesgo que predisponen a los niños a la agresión y a problemas externalizadores en general. En concreto el estudio de Andreas & Watson, (2009) demostró que aquellos indicadores de un mal contexto familiar (como una mala cohesión y conflicto intra-familiar) predecían mejor los problemas de agresión en los adolescentes, en comparación con factores sociodemográficos; y que altas puntuaciones en esos indicadores mitigaban la influencia de las creencias agresivas (creencias de que la agresividad es un medio justo para resolver problemas), las cuales son consideradas como factor de riesgo que incita a la conducta agresiva.

A continuación mencionamos aquellos factores del funcionamiento familiar que más se han asociado a la agresión en adolescentes de manera empírica.

CONFLICTO PADRES-ADOLESCENTE

Los estudios demuestran que los conflictos frecuentes e intensos entre los padres y el adolescente predicen consistentemente un peor ajuste, llegando a generar problemas internalizadores y externalizadores, además de disminuir la autoestima; en concreto el desacuerdo y la hostilidad en las relaciones padres-adolescentes presentan efectos negativos, dañando a la cohesión familiar afectando al desarrollo del adolescente (Smokowski et al., 2017, Weymouth et al., 2016). Otro estudio desvela que una mala calidad de la relación padres-adolescente, caracterizada por altos niveles de conflicto, falta de cercanía y aceptación, suponen un factor de riesgo que incita al comportamiento antisocial (Dekovic et al., 2003)

Según la teoría del aprendizaje social de Bandura (1978), la agresión consiste en repertorios conductuales que han sido aprendidos de los demás. Al igual que sucede con el apego, a lo largo de nuestro desarrollo, en el proceso de socialización, aprendemos patrones conductuales y sus consecuencias, formas de sentirse, de pensar... a partir de

las interacciones que vemos en los demás, e interiorizamos dichos patrones. Las personas de las que aprendemos se llaman modelos. Los familiares suelen ser de los principales modelos de un niño; por lo tanto, aquellos padres que opten por opciones agresivas para resolver problemas, como puede ser amenazar al niño con un castigo, agredirle, mostrarse hostil... con el fin de conseguir lo que el padre quiere, el niño acabará aprendiendo que la agresión es una opción válida y eficaz para solucionar problemas.

Este último punto está relacionado con los estilos de educación de los padres, encontrando evidencia en que un estilo coercitivo y hostil puede hacer que aquellos adolescentes a los que se les ha aplicado adopten este estilo de interacción con los demás; mientras que un estilo más cercano, calmado, en el que los padres se interesen por las actividades de sus hijos y las apoyen, con prácticas más consistentes... mostrarán más comportamientos proactivos, que pueden llegar a mitigar otros factores de riesgo negativos o estresores familiares (Pettit et al., 1997).

Sabiendo esto, los adolescentes agresivos viven en un contexto en el que tanto los padres como el niño muestran hostilidad mutua. Esta hostilidad no hará otra cosa que provocar una escalada del conflicto; lo cual disminuirá la confianza y el apoyo, y consecuentemente puede disminuir la seguridad de la relación de apego, punto que desarrollaremos más adelante.

CALIDAD DEL MATRIMONIO

Se ha observado que la calidad de las relaciones maritales entre los padres puede afectar al ajuste social del hijo. Se ha asociado una mala relación marital, caracterizada por conflictos de pareja, clima frío, mala cohesión marital... con problemas internalizadores y externalizadores (Schermerhorn et al., 2011). Otro estudio evidencia una relación entre una buena calidad marital, caracterizada por mutualidad, resolución de conflictos efectiva e interacciones de apoyo, con una disminución de la conducta agresiva en los hijos. (Smokowski et al., 2017). La explicación de este fenómeno nos lleva otra vez a la teoría del aprendizaje social de Bandura (1978). La relación de pareja entre los padres sirve como modelo y como fuente de socialización. Los hijos toman sus interacciones y las internalizan, siendo la relación de sus padres un modelo apropiado que enseña la conducta social adecuada. Es por ello que los hijos de padres con una

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

buena relación de pareja, adoptan conductas más prosociales; mientras que una mala calidad, en la que reina el conflicto, el niño adoptará conductas más hostiles.

Otra explicación a este fenómeno nos la ofrece Haley (2003), el cual plantea esta relación desde otra perspectiva. Según este autor, la sintomatología que presenta el joven es una reacción adaptativa ante la inminente desestructuración de la familia. Ante un aviso de separación por los padres, ya sea mediante el divorcio o la internalización de uno de los progenitores, el joven intentará mantener la estructura triangular de la familia (madre-padre-hijo) manifestando algún tipo de problema, el cual hará que los padres se preocupen por él, enfocando su atención en tratar el problema del hijo y no en la mala relación marital. De esta forma, la familia vuelve a estabilizarse. Este fenómeno también genera recaídas, pues una vez el adolescente presenta indicios de una mejoría tras recibir el alta por parte del terapeuta, los padres pueden volver a centrarse en sus problemas de pareja, amenazando otra vez la estabilidad de la familia; por lo que el hijo puede volver a optar por presentar sintomatología como una opción útil para evitar la separación.

Esta situación entonces genera un hecho paradójico según Haley: los jóvenes más problemáticos e incapacitados predominarán más en la familia, y llegan a ejercer más autoridad que los padres. Cuando los padres están divididos, presentan prácticas parentales inestables y desestructuradas que dañan la figura de autoridad que deben imponer; es entonces cuando el adolescente toma el poder gracias a su condición de desvalimiento y acaba modificando la jerarquía familiar siendo él la figura de autoridad. Uno de los principios fundamentales de la terapia familiar es reorganizar la jerarquía del sistema, es por ello que este punto debe ser considerado en nuestro caso.

SALUD MENTAL EN LOS PADRES Y EN LOS HIJOS

Hay ocasiones en las que los padres presentan déficits en su capacidad para criar a un hijo por causas psicopatológicas. El hecho de presentar una enfermedad mental, o síntomas (pese a no formar una entidad nosológica) puede condicionar la vida de los padres tanto a nivel interpersonal como parental. Se ha encontrado evidencia de una relación entre conducta antisocial y síntomas depresivos o pensamientos de incompetencia de los padres. (Dekovic et al., 2003). Los síntomas depresivos repercuten sobre las prácticas parentales, sin embargo dependiendo del sexo, los padres muestran prácticas diferentes. Las madres suelen traducir su depresión a un estilo menos

autoritario y se implican más en sus hijos, mientras que los padres toman estilos más autoritarios y punitivos (Leinonen et al., 2003). De hecho en ese mismo estudio se observó que los síntomas depresivos de los padres tienen un efecto de transmisión hacia sus hijos, que llegan a presentar rasgos de depresión también.

También ocurre algo similar con aquellos padres con “ansiedad parental”. La ansiedad de estos padres se caracteriza por sentimientos de preocupación, de miedo; y pensamientos de inutilidad y de incapacidad para guiar correctamente a sus hijos. Esto dificulta las prácticas parentales, lo cual puede llevar a que no satisfagan las necesidades físicas y emocionales de los niños, lo cual repercute en los hijos en forma de ansiedad y angustia. Este hecho se comprobó en un estudio longitudinal de hijos de padres con agorafobia y trastorno de pánico, concluyendo en que sus hijos “conductualmente inhibidos” (tímidos, asustadizos de lo desconocido, preocupados...) están en riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad (Biederman et al., 1993).

En lo que consta a la salud mental de los adolescentes agresivos, los estudios indican que los síntomas internalizantes suelen ser comórbidos a síntomas externalizantes (Costello et al., 2005), entre ellos trastornos de la conducta; por lo cual, aquellas distorsiones cognitivas y emocionales, tienden a influir en las conductas de los adolescentes, llegando a adoptar patrones de conducta disfuncionales. En un estudio con adolescentes agresivos en el que se analizaron diferentes variables cognitivas, se observó que la agresividad correlacionaba negativamente con el nivel de autoestima. La autoestima es la evaluación positiva o negativa que hacemos sobre nosotros mismos y nuestras capacidades; esta capacidad de autoevaluación se deriva del proceso de socialización, en el que mediante nuestras experiencias tempranas aprendemos qué es bueno y qué es malo. Relacionándolo con puntos anteriores, un desarrollo en una familia fría, exigente y autoritaria, podría moldear esas evaluaciones que hacemos de los demás y a nosotros mismos, pudiendo llegar a un nivel de autocrítica excesivo que pueda deteriorar nuestra autoestima. Esto último también se evidencia en este estudio, en el que se comprobó de nuevo que el apoyo social percibido por parte de los padres está relacionado con la agresión. El apoyo social forma parte también del proceso de socialización, proporcionándonos un feedback por parte de los demás que puede cambiar la forma en la que nos vemos y nuestra autoestima. Es evidente que ese ambiente familiar frío del que hablábamos, en el que el apoyo social brilla por su

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

ausencia pueda tener efectos sobre la autoestima del niño, y por consecuencia sobre sus conductas llegando a volverse agresivo.

Además en el mismo estudio se comprobó que un estilo de afrontamiento evitativo (huir del problema, desinhibirse...) está más asociado con expresiones de ira hacia dentro (reprimir la ira, no mostrarla, guardar rencor...), mientras que un estilo de afrontamiento dirigido hacia el problema (solución activa del problema) está más asociado con expresión de la ira hacia fuera (agresión, conflictos...) (Csibi & Csibi, 2011).

La ansiedad en adolescentes se ha asociado también a agresividad (más en chicos que en chicas), en concreto a la agresividad relacional reactiva, es decir, aquella agresividad que produce más daño emocional que se basa en la ruptura de las amistades, creación de rumores, desprestigios... hacia aquellos que presentan una amenaza o faltan el respeto al adolescente (Marsee et al., 2008). Según el modelo planteado en este estudio, la ansiedad puede afectar a la cognición social, malinterpretando las intenciones de los demás debido a las distorsiones cognitivas, y por lo tanto respondiendo con agresividad. El uso de este estilo de agresividad podría deberse a que es una opción alternativa al conflicto directo, y por lo tanto una opción de defenderse más segura que otros tipos de agresividad como la proactiva.

APEGO

Las relaciones de apego se definen como vínculos afectivos robustos que se forman entre un niño y su principal cuidador. Las interacciones tempranas entre estos dos, serán internalizadas, creando modelos funcionales de sí mismo y de los demás. Los niños crean un repertorio de habilidades conductuales y respuestas afectivas que reflejarán, reforzarán, y modificarán dichos modelos internalizados en subsecuentes interacciones. El vínculo de apego depende del tipo de relación que se da entre el niño y el cuidador, principalmente depende la disponibilidad emocional, el grado de apoyo, de estimulación y la capacidad de responder a las necesidades del niño por parte del cuidador (Bowlby, 1988). A partir de esta teoría, se ha conseguido tipificar 4 estilos de apego, cada uno relacionado con una etología, y con sus consecuencias futuras en los estilos relacionales.

- Apego seguro: Es el que se da cuando la figura de apego cumple sus funciones de apoyo, estimulación, responsabilidad y disponibilidad emocional. El niño aprende que su figura de apego está disponible por si tiene algún problema, por lo que aumenta su seguridad. Determina la confianza en las relaciones íntimas y un estilo relacional sano.
- Apego inseguro ansioso/ambivalente: Ocurre cuando la figura de apego no ejerce sus funciones de forma consistente, estando disponible en ocasiones si, y en otras no. Determina falta de confianza en las relaciones íntimas, a la vez de un deseo por tenerlas.
- Apego inseguro evitativo: Se da en relaciones frías y autoritarias, en las que la figura de apego no proporciona apoyo al niño o lo rechaza. Estas personas aprenden que las relaciones íntimas no son esenciales, y tienen aversión hacia la intimidad
- Apego desorganizado: Se da en familias desestructuradas, en las que la figura de apego es negligente o ha abusado del niño. Este tipo de apego está relacionado con síntomas psicológicos graves.

Dado que los estilos de apego son tan importantes en las relaciones interpersonales futuras y el desarrollo de la personalidad, existe una gran cantidad de literatura científica que ha estudiado la relación de los diferentes estilos de apego con la agresividad. Se ha observado que el estilo de apego seguro correlaciona negativamente con agresividad verbal; mientras que un estilo inseguro preocupado se asocia positivamente a este tipo de agresividad (Aloia & Solomon, 2015). También se han encontrado relaciones entre la calidad del apego y la autoestima del hijo, además de comprobar su efecto sobre estresores sociales, factores que contribuyen a la agresividad. El apego seguro es el que se asocia con mayor autoestima y menor impacto de los estresores, y por lo tanto con menores niveles de agresión; mientras que según disminuye esa seguridad, los resultados son contrarios (Ooi et al., 2006). Se ha demostrado que aquellos modelos conductuales que se aprenden mediante las interacciones de apego se generalizan hacia otras situaciones nuevas fuera del contexto padre-hijo; de tal forma que aquellos con un apego seguro manifestarán conductas de búsqueda u ofrecimiento de apoyo y otras conductas prosociales, mientras que un apego ansioso o ambivalente está más asociado a hostilidad y sentimientos de desconfianza hacia los demás (Feeney et al., 2008) .

El apego seguro ha demostrado ser estable durante la adolescencia, sin embargo esta seguridad puede disminuir o desaparecer en algunos casos. Factores estresores como los conflictos intrafamiliares, presiones, síntomas depresivos... pueden afectar a la capacidad de regulación afectiva que deben ejercer los padres, disminuyendo esa seguridad con el tiempo (Allen et al., 2004).

TERAPIA FAMILIAR Y ADOLESCENTES AGRESIVOS

Una vez conocidos estos factores, nos encontramos con 3 problemas clave a tratar:

1. La falta de seguridad en la relación de apego puede explicar en gran parte la conducta agresiva de los hijos. Como terapeutas, debemos enfocarnos en fomentar una relación más cálida, abierta, de apoyo y de seguridad entre padres e hijos.
2. Los conflictos de pareja y padre-hijo erosionan el apego y fomentan conductas antisociales. Debemos de llegar a un acuerdo con toda la familia para reducir esos conflictos, fomentando una comunicación más abierta, asertiva, y evitando interacciones destructivas, fomentando las constructivas.
3. El adolescente agresivo desestabiliza la jerarquía del sistema familiar. Es de vital importancia devolver la autoridad a los padres, teniendo también en cuenta las necesidades de autonomía de los hijos. También podemos fomentar un estilo de educación más democrático y cálido, rechazando los estilos coercitivos y hostiles que mantienen la conducta agresiva.

Cada uno de los 4 estilos de terapia familiar que vamos a analizar, aborda uno o varios de estos puntos clave a tratar, teniendo un enfoque diferente en la solución de los problemas y en la explicación del síntoma.

TERAPIA FAMILIAR BASADA EN EL APEGO (ABFT)

Aunque haya una gran cantidad de literatura que relacione el apego con la agresividad, los estudios de la eficacia de este tratamiento en adolescentes agresivos son bastante limitados, ya que originalmente, este modelo se enfocaba en adolescentes con depresión.

Este modelo surge de las bases teóricas del apego de Bowlby y de la Terapia Contextual Familiar. El objetivo fundamental que se persigue es reestablecer los vínculos de apego que hayan podido ser dañados en el seno de la familia, además de reconstruir las relaciones de confianza entre sus miembros. Se basa en el hecho de que conociendo cómo funciona el apego, de cómo eventos pasados afectan a nuestro presente, conseguiremos aprender de los errores, y nos comportaremos de forma más libre y adaptativa (G. S. Diamond et al., 2014).

Pese a estar enfocado en paliar los efectos de factores de riesgo de la depresión, comparte muchos de los puntos principales que comentamos previamente como son el criticismo, la hostilidad, habilidades de educación de los padres... además de tratar temas específicos del adolescente como es la autoestima, regulación afectiva y la motivación.

Esta terapia comienza con sesiones de psicoeducación del apego tanto para el adolescente como para el padre. En estas sesiones queremos que el adolescente sea consciente del papel del apego en su vida, y que reconozca los momentos en el que su apego fue dañado. Con el padre se hará algo parecido y se intentará que comprenda como sus relaciones de apego pasadas y el estrés afectan a las prácticas parentales; además de ofrecerle pautas para satisfacer la seguridad en el apego. Una vez se consiga esto, se juntarán para conversar y discutir sobre aquellos momentos que hayan dañado su relación de apego, de esta manera, además de curar las “heridas de apego” pasadas o presentes, se proporciona un contexto idóneo para recuperar la seguridad, en el que ambos se muestren vulnerables y abiertos al intercambio de emociones y experiencias .

Dentro de las técnicas de intervención, nos encontramos con el reencuadre, el procesamiento emocional, técnicas narrativas, exploración intergeneracional, educación parental y con representaciones. Como vemos, esta terapia combina técnicas conductuales, cognitivas, emocionales y de psicoeducación.

El reencuadre es la técnica prioritaria con la que el terapeuta debe comenzar el tratamiento, debemos centrarnos en la relación de apego actual, dejando de lado las causas y los síntomas que presenten los pacientes, dejándoles claro que el foco del problema se encuentra en su relación. Se ha demostrado que la tarea del reencuadre tiene efectos sobre las posturas de los padres, dejando atrás actitudes de criticismo y

de desprecio y adoptando una actitud más empática y comprensiva hacia el adolescente (Moran & Diamond, 2008).

Una vez se ha hecho el reenfoque, se hacen sesiones de procesamiento emocional con el hijo a solas con el terapeuta. En esta tarea, el objetivo es que el paciente sea capaz de identificar y expresar claramente los eventos que rompieron el vínculo de apego, que sea capaz de expresar su vulnerabilidad y sus necesidades de apego de manera que el adolescente consiga transmitir ese discurso a sus padres. A su vez es importante que normalicemos y validemos emociones que el adolescente tema mostrar como la vergüenza o la ira. Se ha encontrado evidencia de que los tratamientos que facilitan la expresión emocional (al menos en casos de depresión) tienen mejor pronóstico para el cambio, siendo más importante la intensidad de estos que su frecuencia.(Greenberg, 2009).

Estas dos tareas sirven como preparación para la última que es la representación. Además se entrena a los padres para responder adecuadamente a los futuros episodios de apego, fomentando habilidades de comunicación como la empatía, la escucha activa, la validación. Los padres también deben procesar los episodios de apego que se van a tratar, deben anteponer los obstáculos, procesar sus emociones y en definitiva, deben aprender cómo actuar a la hora de la representación, asimilando las pautas dadas para poder ejercer adecuadamente en episodios futuros (G. M. Diamond, 2014).

Finalmente, se hacen sesiones de representaciones, en las cuales se crea un episodio de apego correctivo. El adolescente en esta tarea se comunica directamente con sus padres y expresa todas aquellas emociones o pensamientos sobre experiencias pasadas o actuales en las que se produjo la ruptura de apego. La tarea será eficaz cuando los padres respondan de manera correctiva, comprensiva, expresando su apoyo y de manera no defensiva. Esta tarea es el mecanismo de cambio más importante de este modelo de intervención; modifica la percepción que el adolescente tenga de sus padres, viéndolos como un apoyo y como alguien que se interesa por ellos y en quien pueden confiar para futuros problemas. De esta manera los padres también aprenden a atender a las necesidades de sus hijos y a motivarlos para que expresen sus problemas, adoptando un estilo más empático. Estos dos cambios de perspectiva propiciarán más experiencias de apoyo que aumenten la

seguridad en el apego. En esta tarea es preferible que el terapeuta intervenga lo menos posible.

En lo que nos respecta a su eficacia en adolescentes agresivos, resulta curioso que pese a haber sido el apego documentado como un aspecto clave en el funcionamiento familiar, la terapia familiar no suele trabajar este aspecto, pues tradicionalmente este modelo de terapia adopta un modelo más conductista. Sin embargo un estudio que comprobó la eficacia de esta terapia en adolescentes con ira no resuelta hacia sus padres, siendo conscientes de que la ira es inherente a la agresión, demostró que esta terapia es eficaz para disminuir los conflictos familiares, que mejora la relación de apego, que se sienten menos reactivos ante su propia ira y que adquieren nuevas estrategias de afrontamiento más adaptativas. (Steinmann et al., 2017). Otro estudio comprobó la eficacia de un programa de tratamiento centrado en el apego para padres de adolescentes con riesgo de agresividad, The Connect Program. Este programa comparte características con la ABFT, como tareas dedicadas a que los padres adquieran competencias para satisfacer la seguridad en el apego de sus hijos adolescentes (sensibilidad parental, mutualidad, función reflexiva, regulación de afectos...). Este programa mostró una reducción en agresividad, comportamiento antisocial y problemas internalizantes, además de un mejor ajuste social y una mayor satisfacción parental por parte de los hijos, generalmente mostrando un tamaño de efecto moderado-grande (Moretti & Obsuth, 2009).

Como hemos podido observar, pese a estar orientado hacia adolescentes con depresión o riesgo de suicidio, los principios que sostiene pueden ser igualmente aplicables a la agresividad y a problemas de conducta. Como ya mencionamos en apartados anteriores, el apego tiene un gran peso en el origen y el mantenimiento de la agresividad, sosteniendo que una relación de apego insegura puede explicar muchas de las conductas, pensamientos, constructos psicológicos (estilos de afrontamiento, mala salud mental...) que estos sujetos manifiestan. Esta terapia no solo puede modificar el vínculo de apego, sino también propiciar el cambio en el clima familiar, otro de los predictores más prominentes. Sería interesante comprobar los efectos de la ABFT en adolescentes agresivos, o realizar modificaciones pertinentes a esta para adaptarla a su intervención con este tipo de problemas.

TERAPIA FAMILIAR ESTRATÉGICA BREVE (BSFT)

La terapia familiar estratégica breve (Szapocznik & Hervis, 2020) adopta el modelo tradicional sistémico de la terapia familiar. Este marco teórico explica la sintomatología como un desbalance en el sistema familiar. Los sistemas se definen por las interacciones entre sus diferentes componentes, en este caso los miembros de la familia. Cada miembro de la familia está interconectado con los demás por secuencias de acción-reacción, mediante las cuales la acción de uno de los eslabones incita un comportamiento a los demás; esto es lo que se denomina patrón de interacción. El conjunto de patrones de interacción estables en el tiempo que se dan en la familia recibe el nombre de estructura. La presencia de patrones de interacción disfuncionales, aquellos que impiden que los miembros de la familia alcancen sus objetivos (como pueden ser criticismo, hostilidad, inhibición...) desestabilizan dicho sistema, provocan una reacción en cadena que modifica la jerarquía y las conductas de toda la familia, llegando a crear un modelo que se retroalimenta, en el que cada conducta es causa y efecto del desequilibrio. Nos encontramos con una estructura familiar maladaptativa, que pese a conllevar un malestar en los integrantes del sistema, cae en un círculo vicioso en el que cada conducta de cada familiar mantiene y genera la propia estructura tóxica.

Ante esta concepción, la BSFT mantiene que el cambio en los patrones de interacción, no de todos los integrantes necesariamente, sino de normalmente los eslabones más influenciables, puede devolver al sistema familiar a una estructura benigna y consecuentemente puede eliminar la sintomatología. Aprovechando el principio de acción-reacción de los sistemas familiares, el hecho de que se produzcan cambios en las conductas hacia los demás de un solo integrante, puede hacer que el resto de eslabones reaccionen de maneras diferentes, y que mediante una reacción en cadena se adopten otros patrones de interacción que compongan una estructura familiar más positiva.

Concluimos que el objetivo de la BSFT es cambiar patrones maladaptativos (aquellos que generan el síntoma) por otros patrones más adaptativos (aquellos que no generan consecuencias negativas en los miembros de la familia). Es por ello que en esta intervención, el diagnóstico y el establecimiento de los patrones disfuncionales es de vital importancia. El método de intervención, o estrategia consiste en plantear un objetivo final en términos conductuales y específicos a partir de los datos obtenidos de

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

la familia, y consecuentemente generar varias submetas que se irán trabajando cada sesión, algo similar a una escalera, siendo cada submeta un escalón más que lleva a la meta final. En cada submeta el terapeuta utilizará técnicas que poco a poco irán acercando a la familia a sus objetivos.

Las técnicas de esta terapia dependerán de los datos que hemos adquirido de la familia; tenemos que ser capaces de detectar sus peculiaridades y la manera en que cada técnica se ajuste mejor a su funcionamiento, ideas, valores... La intervención comienza con la entrevista. Se dan 6 etapas según Haley, (2005):

Tabla 1
<i>Etapas en la intervención familiar según Haley, (2005)</i>
1:Etapa Social
Se da la bienvenida a la familia y se les solicita que se pongan cómodos. En este momento podremos analizar la composición de la familia, la situación emocional de cada uno, la motivación por la terapia e incluso se pueden observar interacciones como la forma de referirse entre ellos.
2:Etapa de planteamiento del problema
Se habla acerca del problema. Los miembros de la familia exponen y discuten su posición respecto al problema, de manera que consigan llegar a un consenso. Este punto es importante para luego aplicar la técnica del reencuadre, por la cual intentamos ofrecer a la familia una redefinición del problema más positivo, apelando a los vínculos de apoyo que hay entre ellos.
3:Etapa de interacción
Se pide a los miembros de la familia que hablen entre sí, como si el terapeuta no estuviera presente. En este momento podremos apreciar todas las peculiaridades de la familia, los patrones de interacción y la jerarquía
4:Etapa de fijación de la meta
Se fija junto a la familia la meta específicamente y los cambios que quieren realizar,
5:Selección de intervenciones y aplicación
En este caso se utilizarán técnicas directivas o paradójicas si se diese el caso. Es importante que en las sesiones anteriores hayamos establecido un buen enganche terapéutico, mostrándonos empáticos, utilizando la escucha activa e implicándonos emocionalmente con los familiares, de esa manera su confianza en el terapeuta será mayor y accederán con más facilidad a las peticiones que les hagamos. <ul style="list-style-type: none">• <u>Las técnicas directivas</u> son técnicas conductuales muy sencillas, básicamente se les pide a los miembros de la familia que adopten una conducta o que dejen de adoptarla, consiguiendo así que se modifiquen los patrones de interacción si la intervención es eficaz, en caso de que ejerzan resistencia habrá que enfatizar la importancia del problema, pedir el apoyo del resto de familiares o tomar una actitud extrema.• <u>Las técnicas paradójicas</u> son curiosas intervenciones que solo deben utilizarse en casos extremos en los que todas las directivas han fracasado o cuando la familia ya no desea cooperar; es importante que en estas técnicas el terapeuta influya autoridad sobre la familia. En estos casos se les prescribe la conducta sintomática a las familias, es decir, seguir haciendo lo que estaban haciendo hasta ahora, enfatizando la importancia del síntoma y la influencia en sus vidas. Aunque el mecanismo de reacción de estas técnicas sigue siendo difuso, eventualmente se consigue justo lo contrario a lo que les prescribimos.
6: Evaluación de los resultados y tareas para casa.
Se evalúa si los avances hechos con las intervenciones se acercan a los propuestos en las metas. Se mandan tareas para casa para aplicar las técnicas en el contexto cotidiano y poder reconocer dificultades u observaciones en la siguiente sesión

Se ha demostrado que la BSFT es una de las terapias más flexibles y que abarca un rango amplio de problemas (Szapocznik & Hervis, 2020). En una terapia cuyo foco se sitúa en las interacciones negativas más que en el tipo de sintomatología que presenta en nuestro caso el adolescente, las intervenciones son polivalentes para diversos tipos de psicopatologías (a excepción de trastornos psicóticos). La evidencia empírica demuestra que este tipo de terapia es satisfactoria en problemas de conducta y agresividad. En un estudio se comparó la BSFT con terapias psicodinámicas en niños con problemas de conducta. Se comprobó que ambas eran eficaces en la reducción de la sintomatología, mostrando una mayor duración de los efectos en el seguimiento un año después aquellos que asistieron a BSFT. Además se comprobó que el principal mecanismo de cambio puede ser el hecho de propiciar una experiencia correctiva en el seno de la familia (Szapocznik et al., 1989). Otro estudio arroja también evidencia de la eficacia de esta terapia. Se comparó a un grupo de adolescentes con problemas de conducta y abuso de drogas que recibieron BSFT con un grupo control al que se le aplicó sesiones de asesoramiento en grupo. Los resultados encontraron diferencias significativas, mostrando una mejoría en los síntomas de problemas de conducta y agresión social (Santisteban et al., 2003).

TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL (MDFT)

La terapia familiar multidimensional (Liddle, 2010), como implica su nombre, tiene un enfoque más variado, no enfocándose simplemente al enfoque familiar, sino extendiendo su aplicación al enfoque individual y extrafamiliar. Este tipo de intervención abarca gran variedad de enfoques teóricos como el de la auto-eficacia, sistemas familiares, de desarrollo de psicopatologías, perspectivas transaccionales y contextuales y modelos de factores de riesgo y protectores de los diferentes problemas a los que está enfocada esta terapia. Su aplicación se ha visto eficaz en casos de adolescentes con problemas de consumo de sustancias y sus consecuencias sobre la salud mental, en donde se encuentran los trastornos de conducta.

La MDFT trabaja desde 4 áreas, desde el adolescente como individuo y miembro de la familia (enfoque individual en el adolescente), desde los padres como individuos y su rol en la familia (enfoque individual en los padres), desde el contexto familiar, las interacciones que se dan y el funcionamiento familiar (enfoque intrafamiliar), y desde el

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

sistema extrafamiliar y la influencia de los grupos de pares, escuela y de la justicia (enfoque extrafamiliar). Este modelo mantiene que el progreso en cualquiera de estas áreas puede modificar al resto, sugiriendo un enfoque coordinado que combine intervenciones en las diferentes áreas según sea necesario.

La teoría se basa en 10 principios fundamentales que dictan el proceso de intervención:

Tabla 2
<i>Principios fundamentales de la MDFT</i>
1: El problema como fenómeno multidimensional: Tiene en cuenta las dimensiones biológicas, cognitivas, sociales, de personalidad, interpersonal, familiar, de desarrollo, ecológicos... los cuales contribuyen a la génesis, mantenimiento y empeoramiento de los problemas con las drogas.
2: El funcionamiento familiar sirve para crear nuevos estilos de vida más adaptativos. El día a día con la familia ofrece oportunidades correctoras para replantearse la trayectoria de vida del adolescente.
3: Las situaciones problemáticas ofrecen información y oportunidades de cambio. Una buena evaluación, como en toda terapia, determinará el mejor camino para el cambio.
4: El cambio es multifacético, multideterminado y dirigido hacia una meta. Es necesario coordinar nuestras intervenciones, siempre dirigidas hacia el mismo fin, el cambio adaptativo del adolescente.
5: La motivación es maleable. Los pacientes que acuden a terapia no suelen presentar motivación para el cambio. Aquí es cuando interviene el establecimiento de la alianza terapéutica, que favorecerá el enganche terapéutico.
6: Necesarias múltiples alianzas terapéuticas. Dado que vamos a trabajar con un amplio abanico de personas, tanto intrafamiliares como extrafamiliares, es importante establecer alianzas con ellos.
7: La importancia de la intervención personalizada. Una intervención que tenga en cuenta las particularidades de la familia, será más efectiva que las intervenciones estandarizadas. De una buena evaluación inicial podremos secuenciar las intervenciones, de manera que una tras otra nos acerquen más a la meta final.
8: Etapas del tratamiento y continuidad. El tratamiento se ofrecerá en sesiones interconectadas entre sí, siendo el avance de la sesión anterior necesario para aplicar la siguiente.
9: Responsabilidad del terapeuta. El terapeuta tiene el deber de promover la participación y generar una motivación con las personas con las que trabaje, de la organización de la terapia y de las sesiones, de ofrecer intervenciones consistentes y temáticas, de promover el cambio de comportamiento, de evaluar las diferentes dimensiones y de revisar las intervenciones si fuese necesario
10: La actitud del terapeuta. Debe ser optimista pero realista, teniendo en cuenta la realidad y la sociedad en la que vivimos para poder crear nuevas ideas para las intervenciones, y teniendo una actitud positiva.

Dentro de las intervenciones que se realizan con el adolescente individualmente se trabaja la alianza terapéutica al inicio; gracias a ella conseguiremos que colaboren en la terapia, definan las metas de la terapia, se infunda esperanza y nos proporcione información personal para poder aplicar las técnicas en base a ello. En esta área se utilizarán técnicas de solución de problemas y de superación de adicciones.

Las intervenciones individuales con los padres tendrán como objetivo principal evaluar su capacidad, motivaciones y prácticas parentales; con el objetivo de aplicar intervenciones de reconexión parental, que incluyen técnicas como potenciar los sentimientos de amor y apoyo por el hijo, de conexión emocional, validación de los esfuerzos previos, generar consciencia de las dificultades pasadas y presentes e infundir esperanza. Todo ello consigue que las prácticas parentales mejoren y se impliquen más con sus hijos, cambiando sus actitudes hacia ellos facilitando un cambio en la conducta.

Las intervenciones intrafamiliares mantienen la concepción de patrón de interacción disfuncional que mencionamos antes en la BSFT. La técnica por excelencia en este caso es el de las representaciones, similares a las que se dan en la ABFT. Esta técnica consiste en que el terapeuta propone un tema relevante para la familia en el día a día. El terapeuta previamente a la discusión familiar, ayudará a los miembros a preparar sus intervenciones y su manera de actuar, adoptando así otras maneras de relacionarse lejos del patrón de interacción maladaptativo que presentaban al principio de la terapia. Se proporcionará también ayuda activa durante la discusión si es necesario, aconsejando y moldeando. De esta manera se reducirá la defensividad, las acusaciones y la hostilidad. También se pueden incorporar otros miembros de la familia relevantes para el adolescente.

Las intervenciones extrafamiliares se realizan con todo sistema relevante para la familia pero que directamente no forma parte de ella, como la escuela, los amigos, sistemas de justicia, el entorno laboral... El terapeuta sirve como facilitador de la conexión con estos sistemas, ayudando con temas burocráticos, ofreciendo servicios adjuntos (citas con personal escolar, centros de salud, asesoramiento legal en caso de juicios próximos...). Este trabajo no solo ayuda a rebajar el estrés y la responsabilidad de los padres, sino que acercan al adolescente al mundo real y le ayudan a desenvolverse en él.

Esta técnica fue desarrollada originalmente para adolescentes con problemas de drogadicción, que suelen ser comórbidos a los problemas de conductas; es por ello que existe poca evidencia de su aplicación a casos de trastornos de conducta sin drogadicción; sin embargo los estudios indican que este tratamiento es bastante eficaz en dichos casos comórbidos. El estudio de Hogue et al. (2006) diseminó los efectos de las diferentes técnicas; encontrando que las intervenciones intrafamiliares predicen

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

eficazmente la reducción de síntomas internalizantes del adolescente y aumenta la cohesión familiar a largo plazo (alta cohesión al año de seguimiento). También se vio una reducción de los síntomas externalizantes a los 6 meses, pero solo si el tratamiento se acompañaba también de técnicas individuales enfocadas en el adolescente. Un mayor enfoque en las intervenciones individuales con el adolescente se relacionaba a una mayor cohesión y una disminución del conflicto familiar al año de seguimiento. Los tamaños de efecto de todas estos hallazgos se situaban entre valores altos y medios. En el metaanálisis de van der Pol et al. (2017) en el que se revisó la eficacia de la MDFT en comparación con otros tratamientos, se observó que, a parte de los resultados mencionados en el anterior estudio, aquellos adolescentes con problemas más severos (dentro del rango de drogadicción y problemas de conducta) son los que más se ven beneficiados de esta terapia; además destaca la eficacia de esta terapia y su adaptabilidad a una gran variedad de situaciones.

TERAPIA MULTISISTÉMICA (MST)

La terapia multisistémica (Henggeler & Schaeffer, 2019), similar a la MDFT, posee un enfoque terapéutico más ecológico en el que combina intervenciones más allá del sistema familiar. Está destinada a adolescentes con problemas clínicos severos y con riesgo de emancipación. Se ha visto que es eficaz en pacientes con conducta antisocial severa, incluyendo trastornos de la conducta, adicciones, delincuencia y delincuencia sexual.

El marco teórico está basado en la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner (1979) que sostiene que los problemas clínicos que padecen los adolescentes son causa de un complejo de factores de riesgo provenientes de diferentes niveles sistémicos. Cada caso puede estar influenciado por diferentes factores, pero los principales y más utilizados son del tipo individual (malas habilidades sociales, estilos de afrontamiento, solución de problemas...), familiares (estilos parentales, conflicto intrafamiliar, cohesión familiar...), de pares (amigos problemáticos, malas influencias...), escolares (malos resultados académicos, falta de motivación...) y del vecindario (vivir en zona conflictiva, acceso a drogas...). Según esta teoría, los factores de riesgo en diferentes sistemas no son igual a la suma de sus partes, sino que tienen una interacción recíproca que condiciona el comportamiento del individuo y crean barreras para el desarrollo adaptativo.

Las intervenciones, por lo tanto, se enfocarán a identificar y reducir la influencia de estos factores de riesgo a diferentes niveles. Una particularidad de estas intervenciones es que, al igual que la evaluación, se darán en el contexto exacto en el que ocurren los problemas (en escuelas, en casa, en el vecindario...), y cuando sea posible, se realizarán por los miembros clave de los sistemas (profesores, padres...); dado que de esta forma es más fácil que se generalicen los resultados. Para ello, las intervenciones del terapeuta se enfocarán en apoyar, motivar y empoderar a los padres (principalmente) para que adquieran habilidades y recursos para poder tratar con su hijo y generar un contexto de desarrollo adaptativo. El terapeuta servirá como guía para que los padres sean capaces de afrontar aquellos factores de riesgo que se presentan y se escapan del entorno familiar; además de rodearlos de apoyos de otros miembros de la familia, amigos o miembros de la comunidad.

Como ocurría en la MDFT, las intervenciones no son estandarizadas, apostando por un tratamiento más personalizado adaptado a las particularidades del caso; y de manera similar ofrece 9 principios sobre los cuales el terapeuta va a asentar la terapia:

Tabla 3 <i>Principios fundamentales de la MDFT</i>
1: Encontrar el “acceso”: Destaca la importancia de la evaluación en encontrar los problemas y ver sus repercusiones en el contexto familiar. También es importante detectar las soluciones intentadas exitosas o que fracasaron, que nos guiarán por donde tenemos que enfocar las intervenciones.
2: Enfocarse en lo positivo y en las fortalezas: Es importante que el terapeuta enfatique los recursos de las familias, factores protectores, y que adopte una actitud positiva hacia el cambio. Además de generar esperanza y confianza, esto hace que podamos ajustar nuestras intervenciones al funcionamiento familiar, usando estrategias que la familia ya sabe hacer.
3: Aumentar la responsabilidad: Las intervenciones se diseñan para promover el comportamiento responsable y disminuir los irresponsables en toda la familia.
4: Enfoque en el presente, orientado a la acción y bien definido: Las intervenciones deben asentarse en el funcionamiento presente y cotidiano, facilitar cambios que se puedan dar inmediatamente, y los problemas deben estar bien definidos.
5: Identificar secuencias de comportamiento: Importante evaluar la influencia de los comportamientos y su interacción con el resto de sistemas.
6: Desarrollo apropiado: Las intervenciones se diseñan para conseguir un desarrollo adaptativo que satisfaga las necesidades del adolescente.
7: Esfuerzo continuado: La práctica hace al maestro. Los familiares deben ser perseverantes y practicar sus habilidades frecuentemente. Una práctica intensiva de este calibre aporta más ventajas para llegar al éxito (mayores intervenciones correctivas, evaluación continua, más oportunidades de éxito, identificación temprana de intervenciones que fallan...)
8: Evaluación y responsabilidad: El equipo terapéutico evaluará continuamente la efectividad de las intervenciones y se harán responsables de los resultados sean buenos o malos, evitando etiquetar a las familias y culpándolas.
9: Generalización: El cambio debe mantenerse y generalizarse a otros ámbitos, es por ello que moldear

Como mencionamos antes, esta terapia es bastante flexible, existiendo adaptaciones del modelo de intervención a diferentes tipos de casos (Randall et al., 2001; Rowland et al., 2000). Existe evidencia empírica de su eficacia. En un estudio en el que se evaluó la eficacia del tratamiento en 153 familias australianas desde el 2007 al 2013, se observaron datos consistentes de remisión de síntomas internalizantes y externalizantes al final del tratamiento, los cuales se mantuvieron en el seguimiento realizado al año. También se reportó una mejora de las habilidades parentales y mejoras de salud mental en el cuidador principal (Porter & Nuntavisit, 2016). Otro estudio que comparó la MST con Servicios de Bienestar de Menores. Los resultados mostraron una superioridad significativa de la MST paliando problemas de conducta y delincuencia en comparación con el otro tratamiento; además de una mejora en las condiciones de vida del adolescente, habiendo en esta condición menos intentos de emancipación del hogar. También se observó que hay diferencias de género, viéndose más beneficiadas por la terapia las chicas con historia criminal, que sus homólogos varones (Ogden & Hagen, 2006).

CONCLUSIONES

Como hemos podido observar, son variados los enfoques teóricos y terapéuticos con el que se afrontan los problemas de conducta y la agresión en adolescentes. Uno de los objetivos que tenía esta revisión era detectar aquello en lo que concuerdan, encontrando que pese a ser enfoques diferentes, hay bastantes similitudes entre todos ellos. Gran parte de los modelos analizados no sólo están enfocados hacia los problemas de conducta en sí, sino que se centran en otros trastornos como las adicciones o trastornos del estado de ánimo; dado que como mencionábamos, los problemas de conducta suelen aparecer comórbidos junto a otros trastornos, los cuales pueden ser originados incluso por los mismos factores clave que se exponen al principio; siendo el denominador común de la mayoría de problemas un funcionamiento familiar maladaptativo o unas prácticas parentales ineficaces para satisfacer al adolescente. La mayoría de los modelos abarcan un mismo *modus operandi* para un gran rango de problemas o existen adaptaciones de ellos destinados a situaciones concretas; a

excepción de la ABFT, de la cual no hay evidencia suficiente de su aplicación en trastornos de conducta de manera aislada.

Cabe destacar el papel de la alianza terapéutica, la cual está presente en todos los modelos. El establecimiento de la relación terapéutica, tanto con la familia como con el adolescente es un pre-requisito, dado que puede determinar el buen o mal pronóstico de la terapia (Escudero, 2011). Es común que los adolescentes, o miembros de su familia acudan a terapia forzados, sin motivación para cambiar y normalmente con prejuicios hacia el psicólogo; esa falta de iniciativa e implicación va a dificultar la terapia e incluso hacer que fracase. El hecho de mostrarnos accesibles, emocionalmente implicados, demostrando que entendemos su situación mediante la escucha activa, que perciba que somos empáticos y que realmente nos interesa su bienestar, hace que nuestros pacientes se abran y confíen en nosotros. De no ser por esa confianza que depositan en nosotros, nos resultaría imposible realizar una evaluación fiable, y mucho menos lograr que accedan a nuestras peticiones.

Otro punto en común es que todas ellas tienen en cuenta la capacidad creativa del terapeuta. Cada enfoque aporta una serie de principios y pasos que se deben cumplir para realizar una intervención eficaz, pero a cambio no suelen presentar técnicas psicoterapéuticas estandarizadas, y en algunos casos, su uso en una etapa u otra del tratamiento depende del terapeuta. Cada caso que se nos presenta en terapia es un mundo, y es por ello que es tan importante ofrecer una intervención personalizada para cada caso, siendo imprescindible el papel de la evaluación inicial, el establecimiento del juego familiar, y sobre todo de la capacidad del terapeuta para integrar toda esa información, articularla y aplicar una intervención eficaz que se asiente sobre los principios de cada tipo de terapia.

Los mecanismos de cambio en cada tipo de terapia son definidos de una manera u otra, pero lo que todos ellos tienen en común es que ofrecen una oportunidad para realizar experiencias correctoras. Cada enfoque de una manera u otra pone a las familias frente a sus problemas, y eventualmente se ven implicadas en una situación (artificial o no como ocurre en la MST) en la que tienen que cambiar la forma de relacionarse entre sí. Aquí es cuando aquellos patrones de interacción maladaptativos que mantenían el mal funcionamiento familiar se ven a prueba, y esa experiencia nueva facilitada por el terapeuta, que se desvía del típico criticismo, de la hostilidad, de las acusaciones... se

pone a prueba y se demuestra que un cambio en las conductas de los miembros es suficiente para abandonar el círculo vicioso que sostenía la sintomatología del adolescente.

Me gustaría también arrojar una propuesta en relación con lo visto sobre el apego. A excepción de la ABFT, el apego no se suele tener en cuenta en la terapia familiar, pese a que su influencia es inherente a los tipos de terapia tratados. Las intervenciones tienen generalmente el objetivo de mejorar las prácticas parentales, que aumente la cohesión familiar y que se tengan más en cuenta las necesidades del adolescente, al fin y al cabo esto es lo que caracteriza el funcionamiento adaptativo familiar. Al final lo que estamos pidiendo a los padres es que hagan que sus hijos confíen más en ellos, que aumente su seguridad y que sean capaces de establecer un vínculo emocional profundo; lo cual obviamente se ve reflejado en los cambios de conducta que se proponen en la terapia. Todo esto visto desde otra perspectiva menos conductual, indica que lo que se está haciendo, aunque de manera secundaria, es aumentar la seguridad en la relación de apego. Este término hasta recién ha pasado por alto en terapia familiar, pese a que la evidencia demuestre que es un factor que no hay que subestimar y que adquiere una gran importancia en el desarrollo humano, y mucho más en la adolescencia. Esta reflexión debería llevarnos a plantearnos como implementar dicho concepto en formas más modernas de terapia familiar, y como se mencionaba antes, sería interesante comprobar si las terapias basadas en el apego, como la ABFT podrían adaptarse a mayor variedad de casos.

REFERENCIAS

1. Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P., & Jodl, K. M. (2004). Stability and Change in Attachment Security Across Adolescence. *Child Development*, 75(6), 1792-1805.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00817.x>
2. Aloia, L. S., & Solomon, D. H. (2015). Attachment, Mental Health, and Verbal Aggressiveness in Personal Relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(2), 169-184.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1002650>
3. ANDREAS, J. B., & WATSON, M. W. (2009). Moderating effects of family environment on the association between children's aggressive beliefs and their aggression trajectories from childhood to

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

adolescence. *Development and psychopathology*, 21(1), 189-205.

<https://doi.org/10.1017/S0954579409000121>

4. Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(5), 317-326.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.5.317>
5. Bandura, A. (1978). Social Learning Theory of Aggression. *Journal of Communication*, 28(3), 12-29.
<https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x>
6. Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R., & Kagan, J. (1993). A 3-Year Follow-up of Children with and without Behavioral Inhibition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 814-821. <https://doi.org/10.1097/00004583-199307000-00016>
7. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
8. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
9. Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The Developmental Epidemiology of Anxiety Disorders: Phenomenology, Prevalence, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 631-648. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.06.003>
10. Csibi, S., & Csibi, M. (2011). Study of aggression related to coping, self-appreciation and social support among adolescents. *Nordic Psychology*, 63(4), 35-55. <https://doi.org/10.1027/1901-2276/a000044>
11. Dekovic, M., Janssens, J. M. A. M., & As, N. M. C. (2003). Family Predictors of Antisocial Behavior in Adolescence. *Family Process*, 42(2), 223-235. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.42203.x>
12. Diamond, G. M. (2014). Attachment-based family therapy interventions. *Psychotherapy*, 51(1), 15-19.
<https://doi.org/10.1037/a0032689>
13. Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). Theoretical framework of attachment-based family therapy. En G. S. Diamond, G. M. Diamond, & S. A. Levy, *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. (pp. 37-60). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14296-003>
14. Escudero, Valentín. Adolescentes y familias en conflicto. (2011) *Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica. Manual de Tratamiento*. Universidad de A Coruña, Fundación Meniños.

Agresión en adolescentes.
Factores familiares, apego y terapia familiar

15. Feeney, B. C., Cassidy, J., & Ramos-Marcuse, F. (2008). The generalization of attachment representations to new social situations: Predicting behavior during initial interactions with strangers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(6), 1481-1498. <https://doi.org/10.1037/a0012635>
16. L. S. Greenberg, L. Ausra & I. R. Herrmann (2007) The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression, *Psychotherapy Research*, 17:4, 482-493, DOI: 10.1080/10503300600977800
17. Haley, J. (2003). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Amorrortu.
18. Haley, J. (2005). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Amorrortu.
19. Henggeler, S. W., & Schaeffer, C. M. (2019). Multisystemic Therapy®: Clinical procedures, outcomes, and implementation research. En B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training* (Vol. 3). (pp. 205-220). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000101-013>
20. Hogue, A., Dauber, S., Samuolis, J., & Liddle, H. A. (2006). Treatment techniques and outcomes in multidimensional family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 535-543. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.4.535>
21. Leinonen, J. A., Solantaus, T. S., & Punamaki, R.-L. (2003). Parental mental health and children's adjustment: The quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(2), 227-241. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.t01-1-00116>
22. Liddle, H. A. (2010). Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment System. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT)*, 31(2), 133-148. <https://doi.org/10.1375/anft.31.2.133>
23. Marcus, R. F. (2007). *Aggression and Violence in Adolescence*. 201.
24. Marsee, M. A., Weems, C. F., & Taylor, L. K. (2008). Exploring the Association between Aggression and Anxiety in Youth: A Look at Aggressive Subtypes, Gender, and Social Cognition. *Journal of Child and Family Studies*, 17(1), 154-168. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9154-1>
25. Moran, G., & Diamond, G. (2008). Generating nonnegative attitudes among parents of depressed adolescents: The power of empathy, concern, and positive regard. *Psychotherapy Research*, 18(1), 97-107. <https://doi.org/10.1080/10503300701408325>

Agresión en adolescentes.

Factores familiares, apego y terapia familiar

26. Moretti, M. M., & Obsuth, I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1347-1357. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.07.013>
27. Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 142-149. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x>
28. Ooi, Y. P., Ang, R. P., Fung, D. S. S., Wong, G., & Cai, Y. (2006). The Impact of Parent-Child Attachment on Aggression, Social Stress and Self-Esteem. *School Psychology International*, 27(5), 552-566. <https://doi.org/10.1177/0143034306073402>
29. Pettit, G. S., Bates, J. E., & Dodge, K. A. (1997). Supportive parenting, Ecological Context, and Children's Adjustment: A seven-Year Longitudinal Study. *Child Development*, 68(5), 908-923. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb01970.x>
30. Porter, M., & Nuntavisit, L. (2016). An Evaluation of Multisystemic Therapy with Australian Families. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(4), 443-462. <https://doi.org/10.1002/anzf.1182>
31. Randall, J., Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Rowland, M. D., & Swenson, C. C. (2001). Adapting multisystemic therapy to treat adolescent substance abuse more effectively. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(4), 359-366. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80009-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80009-2)
32. Rowland, M. D., Henggeler, S. W., Gordon, A. M., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., & Edwards, J. E. (2000). Adapting Multisystemic Therapy to Serve Youth Presenting Psychiatric Emergencies: Two Case Studies. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5(1), 30-43. <https://doi.org/10.1017/S1360641799009557>
33. Santisteban, D. A., Perez-Vidal, A., Coatsworth, J. D., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., & Szapocznik, J. (2003). Efficacy of Brief Strategic Family Therapy in Modifying Hispanic Adolescent Behavior Problems and Substance Use. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 17(1), 121-133. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.1.121>
34. Schermerhorn, A. C., D'Onofrio, B. M., Turkheimer, E., Ganiban, J. M., Spotts, E. L., Lichtenstein, P., Reiss, D., & Neiderhiser, J. M. (2011). A genetically informed study of associations between family

Agresión en adolescentes.
Factores familiares, apego y terapia familiar

functioning and child psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 47(3), 707-725.

<https://doi.org/10.1037/a0021362>

35. Smokowski, P. R., Rose, R. A., Bacallao, M., Cotter, K. L., & Evans, C. B. R. (2017). Family dynamics and aggressive behavior in Latino adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 23(1), 81-90. <https://doi.org/10.1037/cdp0000080>
36. Steinmann, R., Gat, I., Nir-Gottlieb, O., Shahar, B., & Diamond, G. M. (2017). Attachment-based family therapy and individual emotion-focused therapy for unresolved anger: Qualitative analysis of treatment outcomes and change processes. *Psychotherapy*, 54(3), 281-291. <https://doi.org/10.1037/pst0000116>
37. Szapocznik, J., & Hervis, O. E. (2020a). Applying brief strategic family therapy to different circumstances. En J. Szapocznik & O. E. Hervis, *Brief strategic family therapy*. (pp. 157-172). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000169-009>
38. Szapocznik, J., & Hervis, O. E. (2020b). *Brief strategic family therapy*. American Psychological Association.
39. Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vazquez, A., Hervis, O., Posada, V., & Kurtines, W. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 571-578. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.5.571>
40. van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J. M., Doreleijers, T. A. H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. J. M. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532-545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>
41. Weymouth, B. B., Buehler, C., Zhou, N., & Henson, R. A. (2016). A Meta-Analysis of Parent-Adolescent Conflict: Disagreement, Hostility, and Youth Maladjustment: Parent-Adolescent Conflict. *Journal of Family Theory & Review*, 8(1), 95-112. <https://doi.org/10.1111/jftr.12126>
42. Wolman, B. B., & Stricker, G. (Eds.). (1982). *Handbook of developmental psychology*. Prentice-Hall.